

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 99

Contribution à l'étude du traitement chirurgical
DES
CYSTO-ÉPITHÉLIOMES DE L'OVAIRE
(Étude critique du pronostic et des résultats).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 26 juillet 1928

PAR

Clément-Charles-Louis DEGUILHEN

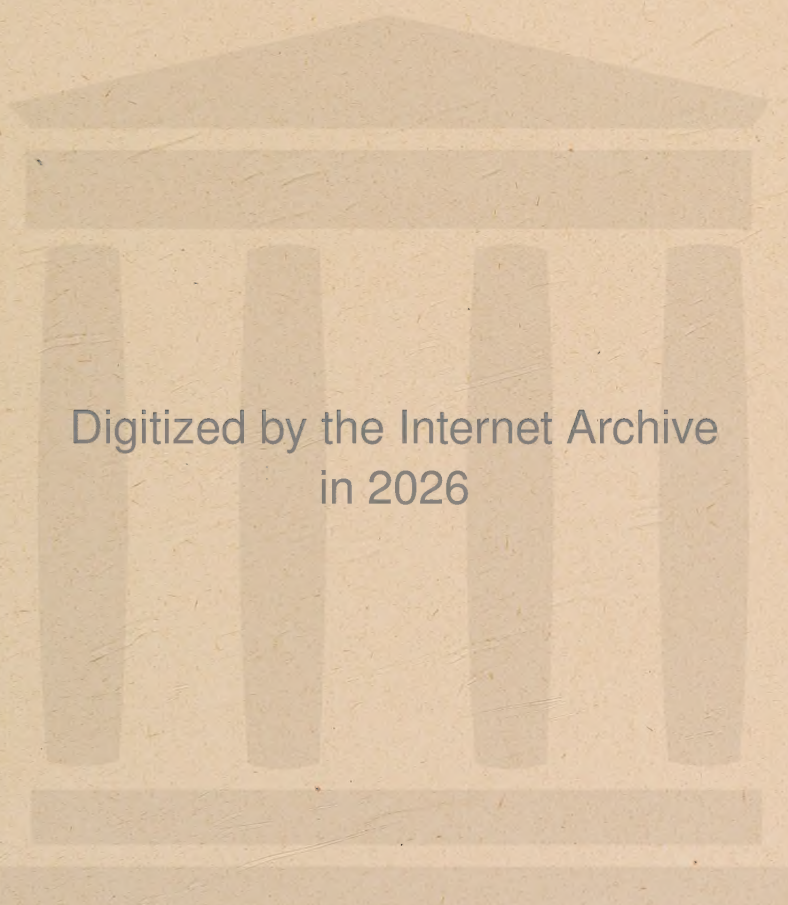
ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOULON (Var), le 9 novembre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0108

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 99

Contribution à l'étude du traitement chirurgical

DES

CYSTO-ÉPITHÉLIOMES DE L'OVAIRE

(Étude critique du pronostic et des résultats).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 26 juillet 1928

PAR

Clément-Charles-Louis DEGUILHEN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOULON (Var), le 9 novembre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIERE

PROFESSEURS :

MM.	MM.		
Clinique médicale.	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	GARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	N.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DENIGÈS.
Anatomie.	VILEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	LE DANTEC.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGÈS.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	BARTHE.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.	DUBECQ.	Maladies mentales.	PERRENS.
Histologie.	LACOSTE.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.	FOURMENT.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	BONNIN.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmac..	LABAT.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Puériculture	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,*

*Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOU'S

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,*

*Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
CYSTO-ÉPITHÉLIOMES DE L'OVAIRE

(Étude critique du pronostic et des résultats).

AVANT-PROPOS

Avant de quitter notre vie d'étudiant, c'est pour nous une grande satisfaction d'adresser à nos maîtres des hôpitaux, de la Faculté et de l'Ecole principale du service de santé de la marine un respectueux témoignage de reconnaissance pour les conseils et les leçons qu'ils nous ont prodigués.

Nous tenons, avant tout, à exprimer notre profonde gratitude à notre maître, M. le professeur Guyot, qui nous a suggéré ce travail, et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. C'est grâce à ses avis éclairés que nous avons pu mener à bien cette tâche. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous fournir la substance de cet ouvrage, que nous regrettons de ne pouvoir lui offrir plus parfait.

En terminant, nous n'aurons garde d'oublier nos maîtres de l'Ecole annexe de Toulon, qui ont dirigé nos premiers pas dans la pratique de l'art médical et nous ont toujours entouré de leur bienveillante sollicitude.

Nous avons l'intention, dans ce travail, d'apporter une contribution, si faible soit-elle, au pronostic du traitement chirurgical des cysto-épithéliomes de l'ovaire. Les faits exposés ne sont pas entièrement neufs; mais, en faisant leur synthèse, nous ne voulons qu'essayer de marquer les bases de ce pronostic.

Il est à peine besoin de faire remarquer l'importance d'un tel sujet. Une fois l'opération effectuée, la malade est-elle définitivement débarrassée de sa tumeur? N'est-elle pas exposée à des récidives? Quel avenir lui est-il réservé? Ce problème, le plus difficile peut-être, est cependant le plus important de l'art médical. Le médecin, après avoir exposé aux malades les suites immédiates et éloignées du traitement, « sera encore plus capable de les préserver du péril en se précautionnant du plus loin contre chaque accident »; par la réalisation de ses prévisions, il fera le plus apprécier sa science et gagnera leur confiance.

Sur quelles données tabler pour formuler un pronostic?

En premier lieu, la statistique nous donnera un coup d'œil d'ensemble et nous fera apprécier l'étendue du problème. La statistique, cependant, ne suffit pas et ne peut nous dire dans quelle catégorie des malades qui guérissent où de celles qui meurent, entre le cas particulier que l'on est appelé à opérer. D'après les données de la statistique, on pourra cependant supputer les chances de guérison, suivant que telle malade entre dans telle ou telle catégorie, suivant que le kyste répond à telle ou telle forme.

Après la statistique, on envisagera les symptômes propres à chaque malade. Le pronostic dépend de la vitalité que déploie l'organisme contre la maladie. C'est par un acte surtout, et presque exclusivement clinique, que l'on classera chaque malade dans sa catégorie : opérable, inopérable. Cependant, les éléments qui permettent de porter une sanction ne sont pas d'une mensuration précise comme certains éléments du diagnostic : le pronostic demeure toujours un art.

Dans certains cas, le pronostic crève les yeux : quand on se trouve en présence d'un état cachectique avancé, on se rend

vite compte de l'état de la malade. Il est plus difficile de se prononcer lorsqu'on est en présence d'un état simplement grave : les sensations éprouvées par la malade sont souvent trompeuses; ce ne sera que sur un ensemble de constatations qu'il faudra s'appuyer.

C'est sur ces diverses manifestations cliniques et anatomiques que nous allons essayer d'étayer notre pronostic en envisageant les signes de gravité avant l'opération, les divers aspects sous lesquels se présente la tumeur, au cours de l'opération, et l'examen des pièces que l'on aura enlevées par l'opération. Pour terminer, nous dirons un mot des récidives et de leur pronostic. Auparavant, nous donnerons un aperçu historique de la question.

HISTORIQUE

L'histoire du kyste de l'ovaire commence treize ans après la découverte de Regnier de Graaf (1672). A cette époque, 1685, fut publié le premier travail se rapportant à ce sujet dans la thèse de Scharkopff : *De hydropse ovarii*.

Avant qu'aucune intervention n'ait été faite dans le but de traiter ces tumeurs, déjà, les chirurgiens Ledran et Morand y avaient songé; mais ce n'est qu'en 1809 qu'un Américain, Ephraïm Mac Dowell, du Kentucky, fit la première ovariectomie abdominale pour kyste. Il est bien question d'un précurseur dans la personne d'Abraham Cyprianus, mais c'est à tort. De 1809 à 1830, date de sa mort, Mac Dowell fit 13 ovariectomies avec 8 succès. A sa suite, un autre Américain, Nathan Smith, de New-Haven (Connecticut), fut le second ovariectomiste. Allan Smith, en 1827, s'engagea, le troisième, dans cette voie. Nous ne sommes encore qu'à la période des opérations hardies et isolées.

En 1843, J.-L. Atlee fait la première double ovariectomie, et, l'année suivante, un autre chirurgien Washington-L. Atlee, commence une série d'interventions, qui, en octobre 1871, se monte à 246. La période de généralisation s'affirme en Amérique dès 1863. Les succès obtenus par Mac Dowell, en Amérique, incitent Lizars, en Angleterre, à pratiquer pour la première fois en Europe, une ovariectomie (1825). En tout, il en exécute trois avec succès. Mais cette nouvelle opération n'est pas encore près de s'acclimater dans le pays où elle a été importée. Granville, de Londres, est découragé par deux échecs; l'ovariectomie tombe alors dans le discrédit, une série

remarquable de succès obtenus par Walsh et Clay l'en relève. Aussi, pleine d'enthousiasme, l'Ecole anglaise (Clay, Hutchinson, Spencer-Wells) considère le kyste de l'ovaire comme une tumeur bénigne. Une récidive vient à se produire : ils ont pourtant bien affaire à un véritable cancer dont le travail de généralisation encore imperceptible avait déjà commencé au moment de l'opération. Pour eux un vrai kyste de l'ovaire ne peut donner lieu à de semblables complications. Les succès de Bird, de Baker-Brown et, enfin, ceux de Spencer-Wells (1858) corroborent cette opinion sur la bénignité d'une telle tumeur. Cependant, dès 1838, Bright considère le kyste à contenu visqueux comme production de fâcheuse nature et de caractère malin.

L'extension de ce mode de traitement évolue presque parallèlement en Allemagne. En 1823, Chrysmann essuie un échec. Quelques opérateurs isolés, parmi lesquels Stilling, font des ovariectomies avant d'arriver à la période de généralisation, grâce aux travaux d'Olshausen, Spielberg, Waldeyer, Hégart et Czerny.

En France, dès 1819, Ledran avait communiqué à l'Académie de chirurgie une observation d'hydropisie compliquée de squirrhe aux deux ovaires : l'un pesait 15 livres, l'autre 12. Ce n'est qu'en 1828 que Delpech, de Montpellier, formule le premier l'idée d'une certaine analogie entre le cancer et le kyste de l'ovaire. Il ne semble pas qu'on ait pratiqué d'ovariectomie avant Woyerkowsky, médecin de Quingey (Doubs), le 27 août 1844, et Vaulligeard, en 1847, qui firent deux opérations avec succès.

Nous assistons ici encore à une période de flottement après plusieurs échecs advenus à Maisonneuve, Jobert de Lamballe. Giraldes, en 1844, Velpeau, en 1847, se prononcent énergiquement contre l'ovariectomie. En 1856, l'Académie de médecine condamne cette opération, malgré l'unique protestation de Cazeaux.

Sept ans se passent, Nélaton, en 1862, va voir Spencer-Wells en Angleterre, et, à son retour, essaye encore sans succès l'ovariectomie.

Kœberlé, en 1864 (Strasbourg), publie 9 guérisons sur 12 cas. A partir de cette époque, s'ouvre l'ère de vulgarisation. Avec elle, on constate : généralisation et métastase après ablation de simples kystes de l'ovaire. En ce sens, Panas publie en 1874 une observation typique.

En 1884, Bourguelle, dans sa thèse, écrit : « La dégénérescence cancéreuse a été quelquefois constatée à la suite de l'ovariotomie; les cas cités sont relativement peu nombreux, 2 p. 100. » Bientôt, une série de travaux tend à démontrer la fréquence de la malignité des kystes de l'ovaire : Poupinel en réunit 116 cas dans sa thèse; Cohn peut publier un travail sur 100 observations de dégénérescence; Terrillon, dans les *Annales de gynécologie*, en 1890, sur 200 opérées de kystes, dont 160 diagnostiqués cysto-épithéliomes : « de 1882 au mois de juillet 1889, 164 ont survécu jusqu'à ce jour, juin 1890, et jouissent en général d'une bonne santé. » En 1904, la question de malignité est encore agitée par le rapport de Cerné au IV^e Congrès national d'obstétrique et de gynécologie de Rouen.

Depuis, nombreux sont les travaux et les observations qui ont montré les kystes de l'ovaire comme étant de véritables épithéliomes.

STATISTIQUES

Nous allons tâcher de donner une impression générale sur le pronostic s'exprimant de la façon la plus tangible, c'est-à-dire, numériquement. Ces chiffres sont d'un grand intérêt et nous font comprendre, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, pourquoi il n'est pas inutile de préciser la question des suites du traitement chirurgical du cysto-épithéliome de l'ovaire. Par les chiffres, nous jugerons d'un coup d'œil l'importance du sujet et nous le limiterons bien. Les chances de succès seront entrevues et nous verrons que place est pour le succès, place large, qui s'aggrandit tous les jours avec le perfectionnement des méthodes de traitement et la précocité du diagnostic. Malheureusement, nous n'avons pas pu trouver de statistiques dans ces toutes dernières années, aussi nous pouvons espérer que ces données sont les plus noires et qu'actuellement, il faut encore, sinon pour le caractère malin de ces tumeurs, qui reste toujours identique à lui-même, du moins pour le pronostic opératoire, l'envisager sous un jour meilleur.

Nous avons cité la statistique de Terrillon, dans laquelle on note environ 120 survivantes parmi les 160 kystes mucoïdes, soit un pourcentage de 80 p. 100; évidemment, cas échelonnés sur dix ans, qui nous donnent aussi bien les suites éloignées que récentes.

Bouilly, dans un mémoire lu au Congrès de chirurgie de 1897, cite, sur 22 cas, 7 cas restés guéris de 5 à 1 an. Un tiers seulement resterait guéri dans un laps de temps relativement court, à peine 33 p. 100 de guérisons, statistique noire,

qui ne peut que nous montrer quel degré de gravité peut atteindre une telle tumeur; mais que nous regarderons comme par trop pessimiste.

En 1900, dans la thèse de Debray, *Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire*, nous relevons le tableau suivant :

NOM de L'OPÉRATEUR	NOMBRE des CAS OPÉRÉS	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS MALINS AU MOMENT DE L'INTERVENTION		RÉCIDIVES ou généralisations postopératoires
		Avec généralisations ou greffes	Sans généralisation ni greffe	
1900 — Cerné..	23	9	3	10
1895 — Barrette	25	»	2	2
1891 — Terrier.	200	3	13	10

Malgré la diversité apparente des pourcentages, qui sont successivement, pour Cerné, 43 p. 100 de récidives ou généralisations, pour Barrette, 8 p. 100; pour Terrier, 5 p. 100, nous pouvons nous rendre compte que ces résultants ne sont pas contradictoires. En effet, examinons ce tableau. Pour Cerné, sur 23 opérées, 12 ont des tumeurs déclarées malignes; pour Barrette, il n'y a seulement que 2 cas de tumeurs malignes sur 25 opérées et, pour Terrier, 16 p. 200. Il est évident que l'ensemble présenté par Cerné, quoique restreint, nous est plus instructif, parce que les cas ne sont pas choisis, aussi comprend-on le pourcentage élevé de 43 p. 100 de récidives ou généralisations. Si nous gardons toutes ces proportions, nous pouvons, dans les trois cas, constater à peu près parallélisme entre l'aspect déclaré malin au moment de l'intervention et la récidive ou la généralisation post-opératoire :

1° 43 p. 100 de récidives ou généralisations pour 52 p. 100 déclarés malins au moment de l'intervention;

2° 8 p. 100 de récidives ou généralisations pour 8 p. 100 déclarés malins au moment de l'intervention;

3° 5 p. 100 de récidives ou généralisations pour 8 p. 100 déclarés malins au moment de l'intervention.

L'examen des pièces au moment de l'opération ne nous trompe donc guère, et les erreurs proviennent, sans doute, de ce que l'on n'a pas pu déceler à l'examen des pièces un commencement de transformation maligne des tumeurs, qui y était cependant en puissance.

L'examen microscopique, d'ailleurs, ne fait que confirmer l'examen macroscopique, et nous pouvons voir par deux exemples que l'aspect trompe rarement :

Monod :

- 15 cas cliniquement malins;
- 7 examinés microscopiquement;
- 6 diagnostiqués carcinomes;

Pouchet :

- 16 cas cliniquement malins;
- 10 examinés microscopiquement;
- 10 diagnostiqués cancers.

Mais le mal s'étend plus loin que ne peuvent le voir nos yeux : en 1904, Barnsby, sur 32 cas de cysto-épithéliomes, a porté, au point de vue clinique, 16 fois le diagnostic de kystes ovariens bénins et 16 fois celui de malins; anatomo-pathologiquement, dans 18 cas, on a décelé la dégénérescence carcinomateuse, et seulement dans 14 cas l'épithéliome mucoïde simple. Donc 56 p. 100 des cas ont été décelés malins histologiquement contre 53 p. 100 cliniquement.

Les résultats opératoires ont été les suivants :

- 1° Suites immédiates : Guérisons opératoires, 31; mort, 1.
- 2° Suites éloignées : Constatées plus de quatre ans après, 8 guérisons; moins de quatre ans après, 17 guérisons; récidives constatées, 6.

A noter que sur ces 6 récidives constatées il s'était agi de ruptures intrapéritonéales spontanées ou provoquées par le chirurgien au cours de l'opération. Donc, une remarque inté-

ressante à faire : les kystes rompus dans la cavité péritonéale sont d'un fâcheux pronostic postopératoire.

Le pronostic peut aussi être sérieux dans d'autres cas, ce sont les cas, ainsi que nous le verrons plus loin, où les kystes de l'ovaire revêtent la forme végétante. A ce sujet, nous avons relevé une statistique d'Estor, qui nous renseigne sur la fréquence des tumeurs papillaires suivant l'âge, et, en second lieu, sur la période de la vie où elles présentent leur maximum de bénignité, et, deuxièmement, de malignité.

Dans un premier tableau, on a une vue d'ensemble sur la fréquence des kystes à forme végétale suivant l'âge :

De 20 à 25 ans,	3,5 p. 100;
De 25 à 30 ans,	7,1 p. 100;
De 30 à 35 ans,	11,9 p. 100;
De 35 à 40 ans,	16,6 p. 100;
De 40 à 45 ans,	17,8 p. 100;
De 45 à 50 ans,	16,6 p. 100;
De 50 à 55 ans,	16,6 p. 100;
De 55 à 60 ans,	5,9 p. 100;
De 60 à 65 ans,	1 p. 100;
De 65 à 70 ans,	1 p. 100.

Donc, maximum de fréquence des cysto-épithéliomes végétants de 40 à 45 ans; et, à un taux moins élevé, fréquence égale de 35 à 40 ans, ainsi que de 45 à 55 ans.

Tumeurs bénignes rencontrées suivant l'âge :

De 20 à 25 ans,	5,46 p. 100;
De 25 à 30 ans,	10,9 p. 100;
De 30 à 35 ans,	16,3 p. 100;
De 35 à 40 ans,	18 p. 100;
De 40 à 45 ans,	18 p. 100;
De 45 à 50 ans,	14,5 p. 100;
De 50 à 55 ans,	12,7 p. 100;
De 55 à 60 ans,	1 p. 100;
De 60 à 65 ans,	0 p. 100;
De 65 à 70 ans,	1 p. 100.

Avec un maximum rencontré de 35 à 41 ans dans la proportion de 18 p. 100.

Tumeurs malignes rencontrées suivant l'âge :

De 20 à 25 ans,	0 p. 100;
De 25 à 30 ans,	0 p. 100;
De 30 à 35 ans,	3,7 p. 100;
De 35 à 40 ans,	18 p. 100;
De 40 à 45 ans,	18 p. 100;
De 45 à 50 ans,	22 p. 100;
De 50 à 55 ans,	25,8 p. 100;
De 55 à 60 ans,	7 p. 100;
De 60 à 65 ans,	3,7 p. 100;
De 65 à 70 ans,	0 p. 100.

Période de 50 à 55 ans : maximum de malignité dans la proportion de 25,8 p. 100.

De l'analyse de ces divers tableaux, il résulte donc que c'est dans la période étendue de 35 à 55 ans, que se trouve le maximum de kystes végétants; avec maximum de bénignité entre 35 et 45 et de malignité entre 50 et 55 ans.

On peut en déduire : les cysto-épithéliomes végétants, pour peu recommandables qu'ils soient, le sont encore moins chez les femmes âgées. Nous entrevoyons, qu'ils n'arrivent à devenir malins qu'à partir d'un certain âge; jusqu'à 35 ans, ils sont rares et ils passent par une phase de bénignité avant de se Cancériser.

Si nous envisageons maintenant ce qui arrive lorsque la tumeur n'est pas opérée, on s'aperçoit de la grande différence suivant telle ou telle maladie : « La durée moyenne de survie d'une femme porteuse de kyste ovarien abandonné à lui-même est de deux à trois ans. » Cazeaux, sur 31 malades, voyait « 24 succomber avant deux ans; 7 vivre plus de dix ans ». Safford-Lee, dont la statistique est la plus intéressante, notait que « sur 130 malades, 38 ne vécurent qu'un an; 25, deux ans; 17, trois ans; 10, quatre ans; 3, cinq ans; 5, six ans; 4, sept ans; 3, huit ans; 1, neuf ans; 1, dix ans; 1, onze ans; 5, douze

ans; 5, seize ans; 4, vingt ans; 4, vingt-deux ans; 2, vingt-cinq ans; 2, trente ans ».

Lorsqu'il y a récurrence, le pronostic opératoire dépend de la nature bénigne ou maligne de la nouvelle tumeur; mais quelle que soit cette tumeur, il faut tenir compte de la gravité plus grande de la deuxième intervention. On note alors dans les 8,4 p. 100 de morts opératoires (Mourgues):

Dans ce chapitre, nous avons vu numériquement qu'en moyenne plus de la moitié des kystes ovariens sont susceptibles de ne pas récidiver après opération; que la deuxième intervention pour récurrence est plus sérieuse. Il y a concordance entre l'évolution fatale et le caractère malin de la tumeur; enfin, la forme végétante est surtout maligne chez les femmes âgées.

III

SIGNES DE PRESOMPTION DE MALIGNITE AVANT L'OPERATION

Il est difficile de porter un pronostic ferme avant d'avoir les pièces en mains. Et même, dans ce cas, pourra-t-on toujours affirmer le sort réservé à l'opérée? Cependant, les moyens cliniques d'investigation peuvent être utiles, et il faut autant que possible s'en contenter : le pronostic est un acte essentiellement clinique. Nous verrons que la gravité croît en raison directe du nombre des poches du kyste et de la petitesse relative de leurs dimensions. Or, les kystes multiloculaires grossissent plus vite que les kystes pauciloculaires, c'est un fait, ces derniers sont considérés généralement comme bénins. Cet élément du pronostic peut se retrouver par l'*interrogatoire* de la malade. Quelquefois, celle-ci ne s'est aperçue de rien d'anormal; d'autres fois, elle avait une petite grosseur dans le ventre, qui, rapidement, a augmenté de volume. Cette évolution rapide n'est pas sans attirer son attention. Le kyste, jusque-là à l'état latent, prend ce caractère de virulence qui commandera un pronostic sombre. C'est surtout vers les 45 à 50 ans, que naissent les tumeurs malignes de n'importe quel organe, de même pour le cysto-épithéliome de l'ovaire, c'est vers cet âge critique, qu'il aura une évolution rapide et maligne. Alors, l'*état général* s'altère, la malade maigrit, des douleurs, parfois, font leur apparition. Le kyste en dégénérescence maligne est devenu le cancer, qui se comporte comme tous les autres cancers et exerce son action néfaste.

L'amaigrissement est rapide, très prononcé, le teint est cachectique. Le facies n'est plus simplement le facies ovarique avec maigreur de la face, visage émacié, expression d'angoisse, mais le facies néoplasique avec, en plus, une teinte cireuse ou jaune paille et décoloration des muqueuses. La malade a perdu l'appétit et une sensation de brisement l'envahit. D'après cette enquête préliminaire, sans autres signes de malignité, le chirurgien peut avoir des doutes, ce sont là des symptômes qui, indépendamment du siège et du volume du kyste, font penser à autre chose qu'à une simple tumeur bénigne. L'organisme est touché d'une façon beaucoup plus sérieuse, et c'est par l'auto-intoxication, propre aux tumeurs néoplasiques, que la malade en est arrivée à cette cachexie cancéreuse. L'intervention chirurgicale, malgré quelques succès enregistrés, ne pourra généralement pas sauver de telles cachectiques.

D'autres fois, avec une tumeur de faible volume, on a vu survenir de l'œdème des jambes et de l'ascite en assez grande quantité : ce sont là encore des signes qui font penser à une évolution maligne.

C'est avec l'ascite, généralement, comme nous le verrons plus loin, que l'on se trouve en présence d'un kyste à végétations papillaires externes. Ces végétations irritent le péritoine, qui répond par la production d'un liquide exsudatif.

En général, l'ascite accompagne les kystes multiloculaires à contenu colloïde, qui, lorsque leur volume est devenu considérable, engendrent cet épanchement. Quelquefois, épanchement peu abondant, mais qui, le plus souvent, s'accompagne d'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Les parois de ces cysto-épithéliomes, comme l'écorce d'une grenade trop mûre, éclatent, et, sur le péritoine, se répand une matière colloïde irritante : semence de greffes et commencement d'accidents, qui commandent une intervention rapide. Cette variété kystique forme la grande majorité des kystes de l'ovaire, et, de même que leur nature histologique est sujette à de grandes variations, de même, cliniquement, ils ne se présentent pas toujours sous le même aspect, donnant quel-

quefois des signes locaux aussi bénins que les kystes pauciloculaires. Comme nous l'avons vu, la porteuse d'un tel kyste est une vraie malade avec signes d'imprégnation cancéreuse. Les *douleurs*, assez souvent, sont accusées, douleurs abdominales permanentes.

La *palpation* de l'abdomen va nous assurer d'autres éléments à l'appui de notre pronostic. Si nous recherchons la fluctuation dans ces grosses tumeurs, elle pourra être : limitée, à peine perçue sur une petite étendue : indice de la multiplicité des poches; elle sera peu nette : indice d'un liquide consistant. On arrive à délimiter certaines bosselures, qui se détachent nettement de la grosse masse, et là c'est une sensation de rénitence plutôt que de fluctuation que l'on perçoit. Souvent même, c'est une dureté très nette, qui peut faire penser à la nature différente de ces tumeurs multilobés. Ces masses indurées répondent à des masses aréolaires à placer en dehors de la bénignité. Si, surtout, on en perçoit dans le péritoine avoisinant, on peut affirmer que le sort à réserver à notre malade est très incertain. Lorsque le péritoine est envahi, il n'est pas rare de sentir ces masses dures superficiellement, derrière la paroi, ce sont des tumeurs secondaires, et, d'autres fois, c'est le toucher vaginal qui nous donnera sur ce point des renseignements suffisamment précis.

Armé d'un trocart, nous ponctionnons l'ascite, qui, dans quelques cas, est en si grande quantité qu'elle masque l'existence de la tumeur : l'ascite peut être hémorragique; dans le trocart, rarement, mais c'est possible, comme dans une observation de Cerné, passe une végétation papillaire, que l'on peut examiner au microscope. Ce qui peut permettre, avant toute intervention, de poser un diagnostic avec sa sanction.

En plus, on peut déceler la présence d'un épanchement pleural, qui est redoutable lorsqu'il est hémorragique.

A ces données, nous ajouterons une remarque de Denucé à propos des *nævi* de Trélat. Il écrit : « Mon mémoire de la *Revue des maladies cancéreuses* étudiait l'application du signe des *nævi* de Trélat au diagnostic des tumeurs ovariennes et

des tumeurs profondes de l'abdomen et du bassin en général. Je donnais des observations où l'existence de nævi sur la peau de la région inférieure de l'abdomen avait permis de reconnaître la nature maligne des tumeurs examinées. Les faits que j'ai observés depuis n'ont pu que me confirmer dans cette opinion. »

Il serait intéressant de rechercher systématiquement ces signes.

Quant à l'hypoazoturie donnée par Thiriar comme signe certain de dégénérescence du kyste de l'ovaire, ce symptôme est très discuté; mais, ajouté à d'autres, peut être d'une certaine utilité.

La notion de la relative fréquence du cancer suivant les régions peut encore nous guider.

Malgré tout, le pronostic que nous commande l'examen clinique est loin d'être facile à énoncer. On peut rencontrer l'ascite hémorragique avec des kystes simples anciennement tor-dus, qui précisément, par leurs adhérences, leur dureté, leurs bosselures, peuvent faire croire à une transformation néoplasique.

Nombreux sont les exemples des malades considérés comme inopérables par certains, ayant subi une intervention par d'autres chirurgiens et en ayant retiré un large bénéfice.

Cependant, comme conclusion : l'apparition rapide d'une tumeur volumineuse avec mauvais état général vers la cinquantaine, avec, en plus, apparition de douleurs et d'ascite (signe du glaçon), sont d'une signification importante.

Enfin, l'examen du liquide ascitique et les recherches biochimiques récentes pratiquées dans le sang sont encore des renseignements intéressants.

IV

INDICATIONS TIREES DE LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

Au IV^e Congrès de Rouen, en 1904, Cerné énonce ainsi les raisons pour lesquelles ces tumeurs restent le plus souvent bénignes. Il dit : « C'est que nous rencontrons ici des conditions favorables à l'évolution bénigne : *l'enkystement*, qui rapproche le kyste de l'ovaire des tumeurs anatomiquement bénignes; *l'isolement relatif*, tenant à cet enkystement et à la ténuité des connexions avec le reste de l'organisme; un mode d'activité tout particulier de l'épithélium néoplasique, activité souvent dirigée dans le sens de la *sécrétion* plutôt que multiplicatrice et envahissante. »

Ainsi, tout ce qui éloignera le cysto-épithéliome de ces conditions en changera la nature. C'est à l'opération que nous allons nous en rendre compte. Cette intervention est permise dans la plupart des cas parce que, si l'on peut dire que l'on a affaire à des épithéliomas, la plupart du temps, ce sont des épithéliomas enkystés sans envahissement ganglionnaire et présentant les plus grandes chances de guérison. Si souvent on se trouve en présence de kystes dégénérés, non opérés, pour lesquels le chirurgien n'a pas voulu courir les risques d'une intervention inutile, cependant, la laparotomie exploratrice n'a jamais donné un coup de fouet à l'évolution de la tumeur vers la généralisation. « La résection incomplète ou même l'incision simplement exploratrice dans les cas notoirement inopérables s'accompagne le plus souvent d'une diminution notable de l'ascite avec amélioration locale et générale. » (Pozzi.) « Il est

remarquable de voir, d'une part de quelle simplicité sont les suites opératoires, même dans les opérations incomplètes; d'autre part, quel est presque toujours le relèvement de l'état général dans les mêmes cas. Il est de règle que l'ascite ne se reproduit pas immédiatement, que les noyaux péritonéaux semblent momentanément s'arrêter dans leur évolution, qu'une période de guérison apparente s'écoule avant la nouvelle et définitive poussée. Certains auteurs ont pu voir des greffes non complètement enlevées rester endormies pendant cinq, six, sept ans et même davantage, de manière à leur faire croire à une guérison définitive. » (Cerné.)

Après incision de la paroi, nous nous rendons compte de l'état des choses. Si la tumeur a largement envahi les organes avoisinants, l'extirpation ne peut être complète et expose à de graves dangers d'hémorragies, qui ne pourraient être enrayées. Les *adhérences*, les masses gélatineuses infiltrées parmi les anses intestinales sont des difficultés qui rendent l'intervention plus longue et plus choquante.

Les *végétations papillaires* sur la surface du kyste sont parfois greffées sur le péritoine, si les végétations apparaissent, surtout chez les femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses et près de la ménopause : kystes peu recommandables.

Il en est de même de la *substance gélatineuse*, qui peut remplir la cavité péritonéale avec aspect de frai de grenouille.

On se trouve quelquefois en présence d'un gros kyste; si l'on enfonçait un trocart, l'aspiration ne donnerait que quelques gouttes de liquide; on aurait beau changer de place le résultat serait le même. C'est que nous aurions affaire à un cysto-épithéliome, dans lequel l'*élément solide* proliférant constituerait presque toute la tumeur. En augmentant sa compacité, la tumeur se rapproche de l'épithélioma; et l'on aura à craindre les récidives *in situ* et la généralisation. Une autre indication est retirée de l'aspect des adhérences, qui peuvent fournir des prolongements indurés faisant corps avec la tumeur. Une incision dans ces adhérences nous montrerait que ce n'est plus

un tissu inflammatoire; mais un tissu cancéreux, ayant son point de départ dans la tumeur kystique.

Un point à élucider, c'est la question des greffes : elles ne sont pas toujours l'indice d'un cancer. Ces greffes, qui ont pris naissance soit spontanément, soit provoquées par l'intervention, sont des fragments détachés de la tumeur principale. S'il s'agit d'un kyste dégénéré à redouter, elles présenteront les mêmes caractères macroscopiques et microscopiques que la tumeur mère. Ce sont de nouveaux germes d'extension, d'envahissement de tout l'organisme, qui, dans un bref délai, sera étouffé par ce processus malin. Mais s'il s'agit d'un kyste foncièrement bénin, qui est à l'origine de ces greffes, elles ne seront pas d'un pronostic aussi mauvais. Elles peuvent se résorber; mais quelquefois, malgré leurs caractères bénins, elles peuvent devenir dangereuses pour la malade, parce que, détachées du kyste, elles vont adhérer au péritoine et à l'épiploon. Cette implantation irrite la séreuse, qui réagit, prolifère, englobe les débris épithéliaux qui ne s'accroissent plus; mais à la suite de remaniements, de transformations, sur le péritoine, s'étale un enduit : pseudo-myxome du péritoine, ou péritonite pseudomyxomateuse de Werth. Ce qui provoque des troubles importants et graves, qui assombrissent le pronostic, bien que les greffes point de départ, de cet état, soient bénignes histologiquement et cliniquement.

Les végétations papillaires conservent parfois une vitalité plus grande, et les greffes du péritoine et de l'épiploon ne sont plus enrobées, mais prolifèrent. L'épiploon est transformé « en un large gâteau bourré de petits kystes ». Si, détachant un fragment de cet épiploon, on l'examine microscopiquement après l'opération, on retrouve la structure des kystes dits prolifères : revêtement régulier par une couche épithéliale, basale nette, absence d'infiltration du stroma. Ces néoformations déterminent des troubles profonds, un état avancé de dépérissement, que l'intervention peut arriver cependant à dissiper et amener une guérison, peut-être durable. Les observations de

cette nature sont nombreuses de telles malades recouvrent la vie qui semblait les abandonner.

Les kystes bilatéraux des ovaires doivent aussi être tenus pour suspects.

Dans presque tous les cas, l'éradication aussi complète et aussi minutieuse que possible de la tumeur et de ses greffes peut rendre des services durables.

La laparotomie suivie de l'évacuation pure et simple de l'ascite a donné chez quelques malades des résultats inespérés : résorption de la tumeur, de ses greffes; atténuation des douleurs et relèvement de l'état général, au moins pour un certain temps.

Si la mortalité opératoire atteint encore une proportion trop élevée, c'est qu'il faut tenir compte des manœuvres de décortication prolongées, nécessitées par des adhérences, sur des sujets déjà affaiblis.

Nous ne pouvons que faire remarquer que, même après l'intervention, on ne saurait trop affirmer toutes les fois, le sort réservé aux opérées, mais que les résultats deviennent mauvais avec une opération difficile et longue : quand l'envahissement est trop étendu, mieux vaut ne pas y toucher.

De plus, nous pouvons ajouter ici, ce que nous avons noté au chapitre sur les statistiques : la rupture intrapéritonéale spontanée ou provoquée par le chirurgien au cours de l'opération essaime des germes, qui pourront être nuisibles.

EXAMEN DES PIÈCES OPERATOIRES

« Un certain nombre de ces tumeurs subissent une dégénérescence maligne, laquelle, au début, est parfois très limitée, puis peut s'étendre à toute la masse, et qui, finalement, amène une généralisation véritable du cancer. Avant cette période et au début de la transformation maligne, il est impossible de la distinguer à l'œil nu, et le microscope seul peut la déceler. Telle est l'origine de l'incertitude du pronostic de toute opération de ce genre, qui précède l'examen complet des pièces. Cet examen peut même donner lieu à des interprétations erronées, s'il n'a pas été fait dans toute l'étendue de la tumeur, car la dégénérescence maligne peut être excessivement circonscrite et échapper aux recherches partielles. » (Pozzi.)

Nous avons déjà vu que l'examen en cours d'opération nous donne quelques indications sur la constitution de ces kystes, et la prédominance de l'élément solide a déjà attiré l'attention du chirurgien; c'est que, dans ces cas, les kystes ont abandonné la forme pauciloculaire, pour tendre, en passant par les formes multiloculaires, vers des masses indurées à aspect plus ou moins carcinomateux. « La gravité croît généralement en raison directe du nombre des poches et de la petitesse relative de leurs dimensions. » La trame de ces tumeurs sera d'autant plus serrée, qu'on aura à redouter des récidives. Si, quelquefois, on peut trouver dans les poches des bourgeons épithéliaux soutenus par des travées conjonctives, à la manière d'une papille microscopique, nous ne retirerons de là aucune indi-

cation bien importante; mais, si ces papilles deviennent visibles à l'œil nu et bourrent plus ou moins la cavité, elles constituent les végétations papilliformes, indices de prolifération active et dangereuse. Elles vont forcer la paroi du kyste aminci, et, d'internes, devenir externes. Quelquefois, on peut avoir affaire à un kyste en apparence uniloculaire, cependant, dans la paroi, on trouve toujours de petites cavités kystiques; dans ces cavités peuvent naître les mêmes végétations papilliformes, qui peuvent sembler primitivement externes, parce qu'elles se sont extériorisées sans occasionner sur la paroi une brèche dans toute son épaisseur. Mais nous savons que, quelle que soit leur origine, ces végétations sont le point de départ de nombreux troubles signalés et sont un indice de malignité.

On peut se trouver en présence d'un véritable carcinome. Dans ce cas, l'épithélium ne prolifère plus en formant des cavités kystiques ou des végétations papilliformes, mais en donnant des bourgeons dans l'épaisseur de la paroi, prolongements tubulaires tapissés d'épithélium cylindrique rappelant l'apparence des glandes de Lieberkühn. Enfin, l'épithélium perd sa forme typique et devient irrégulier en tous sens. Il prolifère, et des masses épithéliales pleines s'infiltrant d'une façon diffuse dans le stroma. Au sein même des éléments, elles ne forment plus des kystes; mais on peut voir les travées fibreuses former des cavités alvéolaires et, dans ces cavités, les cellules épithélioïdes.

Cerné inscrit la gravité croissante de structure sous la forme suivante :

- 1° Kystes pauciloculaires, épithéliomas mucoïdes simples;
- 2° Kystes multiloculaires, souvent à contenu partiellement colloïde;
- 3° Kystes multiloculaires avec gâteaux aréolaires ou complètement aréolaires, ordinairement à contenu colloïde;
- 4° Tumeurs mixtes : Association avec un kyste dermoïde ou présence de tissus complexes dans la paroi;
- 5° Kystes à végétations papilliformes internes;
- 6° Kystes à végétations papilliformes externes, souvent avec greffes péritonéales;

7° Kystes à transformation carcinomateuse.

Enfin, il est intéressant de rapporter un article du docteur J.-L. Faure, bien que, dans les faits rapportés, il s'agisse de cas un peu particuliers. Il nous montre bien que « nous nous trouvons alors en présence d'un ovaire dans lequel certaines cellules ont subi une dégénérescence, qui, pour revêtir des allures bénignes, n'en est pas moins l'indice d'un travail particulier qui fait du kyste de l'ovaire un véritable épithéliome, dans lequel on peut trouver, au fur et à mesure que le kyste se développe, multiplie ses loges et ses végétations intrakystiques, toutes les formations, qui séparent le kyste uniloculaire simple des tumeurs végétantes, qui peuvent revêtir l'allure la plus maligne et se comporter comme les pires des cancers. »

Voici l'observation typique rapportée :

« Mme L... a subi en 1920 un certain nombre de séances de radiothérapie pour fibrome. La tumeur ne faisant que s'accroître, je suis appelé à voir la malade. Précisément parce que la radiothérapie a une action à peu près constante sur les fibromes, je pensai que l'augmentation de la tumeur permettait de croire à une erreur de diagnostic et qu'il ne s'agissait pas d'un fibrome, ou tout au moins d'un fibrome pur.

» L'examen me permet de constater une tumeur grosse comme une tête d'adulte et qui faisait corps avec l'utérus; l'erreur était donc tout à fait naturelle, et c'est l'évolution seule de la tumeur qui me permit d'affirmer qu'il s'agissait très probablement d'un kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus; l'opération fut pratiquée le 5 janvier 1922. Dès l'ouverture du ventre, je constatai l'existence d'un kyste de l'ovaire gauche, uniloculaire, absolument régulier, adhérent complètement à la partie postérieure et latérale de l'utérus, l'autre ovaire étant parfaitement sain; j'enlevai le kyste, qu'il fut assez difficile d'isoler. Je fus obligé de me livrer à un travail de décortication de la tumeur, qu'il fût très malaisé de séparer de l'utérus; le ligament large gauche fut ouvert et il y eut une hémorragie de l'utérine assez difficile à arrêter; je laissai en place l'utérus et l'ovaire droit. La guérison se fit sans incident, en quelques jours.

» L'intérieur du kyste présentait des lésions comme je n'en ai jamais vu. Il n'y avait pour ainsi dire pas de liquide, mais la cavité tout entière était remplie de longues végétations papillaires, filiformes, élégantes, ressemblant à certaines algues fines. Elles étaient tassées les unes contre les autres et baignaient dans un liquide blanchâtre en très petite quantité. La poche kystique uniloculaire était en réalité distendue par ces longues végétations, qui donnaient l'impression d'un développement très actif. Malheureusement, l'examen histologique n'a pas été fait, mais l'aspect macroscopique était celui d'une tumeur papillaire, plutôt que celui d'une tumeur maligne.

» Trois mois après, je vis revenir cette malade dans un état lamentable, avec de l'œdème de la jambe et de la cuisse droites, un état général mauvais, et tous les signes d'une récurrence dans les ganglions pelviens du côté droit, dont on sentait la masse diffuse contre la paroi latérale du bassin.

» Les choses allèrent en empirant, et six mois après son opération la malade succombait. »

» Cette observation m'avait beaucoup frappé. Mais, sans en avoir observé d'aussi nettes, j'en ai vu plusieurs qui s'en rapprochent singulièrement.

» J'ai la conviction que si la radiothérapie ne peut pas faire grand'chose sur un ovaire sain en dehors de la destruction fonctionnelle, elle peut avoir un effet funeste sur un ovaire malade, et en particulier sur un ovaire kystique.

» Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que certaines cellules déjà malades et proliférantes des kystes de l'ovaire reçoivent du fait des rayons X une excitation comme on en connaît tant d'exemples, un véritable coup de fouet, et transforment des tumeurs bénignes des kystes de l'ovaire, dont la dégénérescence néoplasique est tout à fait rare, en tumeurs malignes, qui évoluent et se généralisent comme les cancers les plus malins. »

Cette observation montre bien que l'existence de végétations dans un kyste indique nettement une grande exubérance du travail morbide; ici l'épithélium sensibilisé, toujours en immi-

nence de proliférer et de dégénérer, par le coup de fouet de la radiothérapie, a brûlé les étapes pour parvenir à l'état cancéreux que nous avons décrit. Si l'examen microscopique ne permet pas toujours de prévoir comment évoluera la néoplasie après intervention, il permet de savoir souvent comment se serait comportée la tumeur si une intervention n'avait pas été osée; « le type anatomique est, en effet, dominant au point de vue de ce rythme de l'évolution » (Forgue).

VI

RECIDIVES

Les récidives augmentent de fréquence avec le degré que les kystes occupent dans la classification de malignité. Elles sont surtout plus fréquentes à partir du moment où il existe des végétations exogènes : elles apparaissent sur le péritoine, dans la plèvre, le poumon, les ganglions, la cicatrice opératoire ou l'autre ovaire.

Cerné cite le cas, à lui rapporté par Ricord, d'une malade qu'il venait de revoir treize ans après l'ablation d'un kyste multiloculaire, et chez laquelle il constate un noyau de récidive dans la cicatrice. Il est évident qu'en présence de tels faits le pronostic définitif des cysto-épithéliomes est difficile à établir.

Quand il s'agit de récidive sur l'autre ovaire, le pronostic de cette hétéro-récidive est donné par la nature de la nouvelle tumeur, qui est toujours plus maligne que la première. Dans un cas de Silhol, la malade meurt de généralisation six mois après l'ablation d'une hétéro-récidive végétante; dans un autre cas de Le Jemtel et Esmein, une jeune fille de 19 ans meurt de cysto-carcinome de l'ovaire gauche six mois après ovariotomie pour kyste papillaire de l'ovaire droit.

Quelle que soit la nature de l'hétéro-récidive; le pronostic est assombri par la gravité de l'intervention, nettement plus grande pour la deuxième que pour la première intervention. La récidive diffère toujours de la tumeur primaire par une aggravation nette de sa nature.

VII

OBSERVATIONS

Par les quelques observations qui suivent, nous ne cherchons pas à établir des statistiques, mais simplement nous essaierons d'illustrer les enseignements que nous avons pu tirer de notre travail.

OBSERVATION I.

(J. VANVERTS, *Bulletin de la Société d'obst. et de gynéc.*, 1923.)

Femme de 36 ans, réglée normalement, avec quelques douleurs, présentant depuis quelques années une leucorrhée peu abondante, lacteuse, pendant quatre ou cinq jours après chaque époque menstruelle. Depuis deux ans existent des douleurs abdominales passagères, sans localisation nette. Pendant la miction se produisent parfois depuis quelque temps des douleurs dans le bas-ventre. Depuis une dizaine d'années existe de la constipation. La santé générale est restée bonne. Cependant le poids a diminué de 5 kilos depuis un an. Le ventre a grossi progressivement depuis une époque qu'il est impossible de fixer; cette augmentation est devenue plus rapide depuis un mois.

Je suis appelé à examiner la malade le 21 janvier 1914; l'aspect général est bon, le cœur est sain, le ventre présente une saillie sous-ombilicale qui répond à une tumeur intra-abdominale venant du pelvis, mate, dure, atteignant l'ombilic, un peu plus développée à gauche qu'à droite, mobile transversalement. Cette tumeur est perçue par le toucher vaginal en arrière et sur le côté de l'utérus, qui est refoulé en antéversion et avec lequel le néoplasme paraît faire corps. Il n'y a ni albuminurie, ni glycosurie.

Je porte le diagnostic de fibrome utérin probable.

Opération (27 janvier 1914). — Dès l'ouverture du ventre, je me rends compte qu'il s'agit d'un kyste à parois grisâtre; seule la face antérieure de ce kyste est libre, la face postérieure et son pôle supérieur sont adhérents à l'intestin grêle, au côlon iliaque, au mésentère et au mésocôlon iliaque; très prudemment, j'arrive à libérer ces adhérences. Au niveau de la partie inférieure de sa face antérieure, le kyste adhère encore à la face postérieure du ligament large droit et de l'utérus; ces adhérences sont aussi libérées; mais, à un certain moment, la paroi du néoplasme est rompue, et du liquide sirupeux grisâtre s'écoule; je l'éponge le mieux possible. La libération du kyste étant ainsi complète, je pince et sectionne le pédicule de celui-ci, puis je fais l'hémostase du pédicule à l'aide de ligatures entre-croisées au catgut.

Le kyste s'était développé aux dépens de l'ovaire droit. Je constate alors que derrière le ligament large gauche existe une masse adhérente, que je libère sans trop de difficultés et que j'enlève après avoir coincé son pédicule. Il s'agit de l'ovaire gauche dégénéré; une partie de la trompe correspondante, très adhérente dans la profondeur, est laissée en place. Quelques ligatures sont placées sur des points saignants de la paroi pelvienne. Celle-ci, cruentée sur une partie de son étendue, suinte. Aussi crois-je prudent de drainer (ce que je fais en plaçant dans le Douglas un tube de caoutchouc au-dessus duquel j'exécute une péritonisation haute du pelvis, que j'amènerai dans le vagin à la fin de l'opération, à travers une incision de colpotomie postérieure). La paroi abdominale est fermée complètement par plusieurs points de suture.

Examen des pièces. — Le kyste de l'ovaire droit a été enlevé en totalité; la paroi externe est lisse, sa paroi interne est tapissée de petits kystes, qui forment du frai de grenouille.

La tumeur ovarienne gauche est formée exclusivement par du frai de grenouille.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Les suites de cette intervention furent très simples.

En janvier 1923, elle continuait à jouir d'une santé parfaite, et l'examen du pelvis ne me révéla rien d'anormal.

Dans cette observation, la malade, malgré un amaigrissement assez notable, n'avait pas un organisme sérieusement touché; il existait bien quelques douleurs, mais bonne santé.

A l'intervention, quelques adhérences assez facilement libérées; cependant le kyste est rompu, mais le liquide est épongé le mieux possible; quant à l'examen des pièces, il révèle une prolifération peu intense.

De plus, malade relativement jeune, et l'on peut comprendre aisément que, neuf ans après l'intervention, il semble qu'aucune récurrence ne se soit encore manifestée.

OBSERVATION II.

(Dr GODLEWSKI, *Bulletin de la Société d'obst. et gynéc. de Paris*, 1925.)

P... (D.), âgée de 45 ans, est amenée le 2 juin 1922 à notre maison de santé pour tumeur abdominale. Bien réglée antérieurement. Aucun antécédent personnel.

Depuis trois mois, le ventre a grossi très rapidement et la malade a maigri. A trois ou quatre reprises, douleurs violentes du ventre, suivies de vomissements.

Le jour de son entrée, on est frappé par l'état de cachexie de la malade. Amaigrissement de 20 kilos en trois mois; état subfébrile; inappétence et phénomènes de compression intra-abdominale et thoracique. Urines rares; urée sanguine, 0 gr. 60; pouls, 120. Bref, mauvais-état préopératoire.

Le surlendemain du jour de son entrée, vers les 6 heures, douleurs violentes dans le ventre, bientôt suivies de vomissements porracés.

Opération. — Laparotomie à 9 heures, montrant un kyste rompu dans la cavité péritonéale, inondée d'un liquide visqueux couleur chocolat. L'on vide comme l'on peut toute la cavité, puis l'on extrait le kyste, composé à cette époque de deux poches. Mais il y a des adhérences très solides : en haut, avec le côlon transverse, et l'angle colique droit; en bas, avec la vessie et l'anse sigmoïde. Le temps presse et, après avoir enlevé les deux tiers du kyste, on marsupialise ce qui reste.

Suites. — Choc énorme, combattu par des injections intraveineuses de sérum glucosé, qui ne cesse qu'au bout de trois jours. Suites opératoires normales. La teinte chocolatée disparaît au bout du quinzième jour. Et un mois après, il ne reste qu'une fistule laissant s'écouler un liquide clair très visqueux.

Très rapidement, l'état général s'améliore.

Nous revoyons la malade trois mois après : l'abdomen est souple, mais la fistule donne toujours.

La malade revient nous voir au bout d'un an; l'état local reste le même.

Ce n'est qu'en février 1924, dix-neuf mois après la première opération, que les parents, nullement inquiets de la persistance de la fistule, reviennent nous voir parce que le ventre de la malade se remet à grossir. Evidemment, nous constatons à cette époque une formation de la poche qui augmente de volume assez rapidement, pour dépasser deux mois après la région ombilicale. La fistule laisse sourdre un liquide visqueux légèrement purulent.

Nous montrons à cette époque la malade à notre maître, le professeur Tédénat, qui confirme le diagnostic de kyste végétant et qui conseille l'intervention.

Deuxième opération. — En mai 1924, après avoir fermé la fistule par une suture circulaire en bourse, nous faisons une laparotomie, qui nous permet d'isoler la tumeur kystique, sans que le liquide kystique purulent s'échappe de la poche; nous sommes obligé de sectionner des adhérences très sévères avec la vessie et le gros intestin, que nous devons suturer par deux fois. Néanmoins, nous arrivons à extirper d'une façon complète la tumeur kystique. Suture au fil de bronze, sans drainage. Réunion par première intention. Guérison.

Examen de la pièce. — Prolifération intense de la tumeur, qui, au moment de l'extirpation, ne présentait pas moins de cinq poches, les unes pleines de liquide mucoïde, les autres pleines de ces végétations caractéristiques d'une prolifération intense.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter :

1° Au cours de la première intervention, faite pour ainsi dire d'urgence sur un terrain cachectique, il fallait aller vite, et certainement

la marsupialisation de la poche nous a permis de sauver la malade, déjà très choquée par l'inondation péritonéale consécutive à la rupture du kyste et aussi par la laparotomie.

2° Mais cette marsupialisation ne nous a pas donné une certitude de guérison. Tout kyste de l'ovaire doit être considéré comme une tumeur proliférante, et notre observation est un nouveau cas de récurrence de ces tumeurs incomplètement enlevées.

3° Seule l'extirpation complète de toute la masse a pu nous donner une guérison durable.

Nous notons l'augmentation rapide du volume du kyste, l'existence de douleurs et d'un très mauvais état général préopératoires. Ce qui nous avertit que l'on est en présence d'une tumeur proliférant très activement, ce que nous démontre l'examen des pièces. Si on a pu obtenir un résultat durable, ce n'est que grâce à une extirpation complète de toute la masse et parce que nous nous trouvions en face d'un organisme jeune, qui a pu faire les frais d'une telle intervention.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.)

M... (R.), 51 ans (mai 1926).

Cette malade nous dit avoir une petite grosseur au bas-ventre, à gauche, depuis cinq ou six ans, qui ne la faisait presque pas souffrir. Mais, depuis trois mois, des douleurs lancinantes sont survenues au niveau de cette grosseur. Dans l'espace d'un mois sont apparus des troubles digestifs : vomissements et constipation; en même temps, son ventre a augmenté notablement de volume.

Son facies est très pâle et son amaigrissement prononcé.

La paroi abdominale est très distendue, avec dilatation des veines sous-cutanées.

Varices des membres inférieurs.

Après être allée consulter un premier chirurgien qui l'avait déclarée inopérable, elle connut M. le professeur Guyot, qui la voit avec

son médecin traitant, le docteur Lamarque, de Bordeaux, et qui constate l'existence de la tumeur ovarienne gauche, de l'ascite; pas de métastase épiploïque, ni péritonéale apparente, mais volumineuse tumeur occupant toute la région sous-ombilicale et la cavité pelvienne : tumeur dure et d'une fixité absolue; pas la moindre mobilité.

Malgré l'état local peu engageant, la malade est opérée le 17 mai 1926.

Opération. — Anesthésie au Schleich. Laparotomie exploratrice; incision sus-pubienne; évacuation d'une ascite non hématique. La malade est mise en Trendelenburg. Exploration : Il existe une masse ovarienne du volume de la tête d'un fœtus à terme siégeant à gauche, extirpable par en bas, mais très adhérente par en haut, par sa face antérieure au mésoçolon sigmoïde, en respectant la vascularisation de l'intestin; avec les doigts, on procède prudemment à ce décollement, qu'on réalise sans déchirure vasculaire. La surface dépéritonisée saigne en nappe, mais l'intestin garde sa coloration et son aspect normal. La tumeur est très adhérente à l'épiploon, aux parois du bassin, à la vessie; opération laborieuse, mais n'ayant duré que trente-cinq minutes.

Examen des pièces. — Néoplasme malin de l'ovaire gauche; Greffes sur l'ovaire du côté opposé.

Suites opératoires. — Suites immédiates graves : Shock prononcé; sérum; toni-cardiaques; goutte à goutte sucré. A noter une phlébite postopératoire. La malade quitte la clinique au bout de deux mois. Elle rentre chez elle, ventre souple, non douloureux, fonctions normales. Elle engraisse de plusieurs kilos. Reste tout à fait guérie pendant deux ans (mai 1926 à mai 1928).

Il y a deux mois, elle est revenue à la maison de santé; au toucher vaginal, on perçoit une petite masse indurée dans le cul-de-sac latéral gauche. Application de radium par le professeur Réchou.

La leçon que nous pouvons retirer de cette observation, c'est que la laparotomie doit toujours être tentée, à moins de contre-indications formelles (métastases), malgré les craintes d'une intervention inutile. Cette malade, atteinte de cysto-épithéliome

évident, est jugée inopérable. On déconseille l'intervention. Celle-ci, pratiquée, a déjà donné une survie de deux ans et deux mois : la malade est en vie, mais paraît sous le coup d'une récurrence pelvienne malgré un excellent état général.

OBSERVATION IV.

(Service de clinique gynécologique de M. le professeur Guyot.)

E... (L.), entrée le 10 octobre 1925.

Vient à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre et présente des douleurs abdominales.

Malade âgée de 43 ans; n'a jamais été malade. Réglée à 17 ans très régulièrement, sans phénomènes douloureux.

Dernières règles, il y a deux ans et demi, à 41 ans; n'a présenté, après la cessation des règles, que quelques pertes hydropériques, puis plus rien.

Depuis cette époque, la malade a constaté la présence d'une grosseur au niveau du bas-ventre.

La malade, voyant cette tumeur augmenter, s'inquiète de plus en plus et vient consulter M. le professeur Guyot.

De plus, depuis quelques mois, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, douleurs vagues, non irradiées, et qui ne l'empêchent pas de continuer ses occupations. Douleurs vives dans la région fessière, augmentées par la position assise.

La malade dit être en bonne santé, ne pas avoir maigri, avoir conservé un bon appétit et bien dormir.

Examen de la malade. — La peau du ventre est normale; notable augmentation du volume dans la région sous-ombilicale.

A la palpation, qui est partout indolente, on délimite une volumineuse tumeur médiane qui plonge dans le petit bassin et remonte presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Tumeur dure un peu irrégulière, laissant libre la partie latérale droite de l'abdomen.

Palpation du foie indolente; palpation des deux reins indolente.

La tumeur n'est mate en aucun point, pas de matité des flancs, même dans le décubitus latéral.

Toucher vaginal : on trouve le col plaqué contre la symphyse pubienne. Tout le vagin est rempli par une masse dure, arrondie, régulière, qui en modifie toute la topographie normale. Il semble qu'il y ait peut-être un sillon entre le col et la masse qui remplit le vagin. Pourtant, avec la palpation combinée, la masse subit toutes les mobilisations de haut en bas, et il semble que le col l'accompagne dans ses mouvements.

La palpation des divers points de la masse révèle une dureté très nette par place et ailleurs presque de la rénitence.

Appareil cardio-vasculaire. — Cœur normal. Varices capillaires; pas de grosses varices. — Pas d'œdème.

Appareil respiratoire. — Etat normal des deux poumons. Jamais de rhumes.

Appareil digestif. — Constipation habituelle, qui cède aux laxatifs.

On localise le point douloureux fessier au niveau de l'émergence du paquet vasculo-nerveux ischiatique.

Urée sanguine : 0 gr. 25.

Opération le 23 octobre 1925. — Anesthésie au Schleich. Tumeur maligne de l'ovaire à développement sous-péritonéal, avec poche suppurée. Tumeur très adhérente, cliniquement et opératoirement sans mobilité aucune. Dès l'ouverture du ventre, libération de la vessie en avant et section du ligament large gauche, qui est à peine accessible quand on attire la tumeur du côté opposé. Incision du péritoine postérieur, très adhérent à la tumeur, et isolement de la partie haute du rectum, très adhérent, et qui se déchire pendant qu'on le sépare à la compresse. Enfouissement de la perforation par deux surjets en bourse.

Durée de l'opération : une heure cinq minutes.

Suites opératoires. — Malade très choquée, dissociation du pouls et de la température. Sérum adrénaliné intraveineux, sérum glucosé, etc.

Au huitième jour : ouverture à la paroi d'une fistule pyostercorale d'où s'écoulent des matières fécales en abondance, fistule recto-vaginale.

La malade quitte l'hôpital, ne perdant plus ses matières, le 8 janvier 1926.

Examen des pièces (Dr Dubreuilh). — La tumeur est formée par des végétations fines extrêmement nombreuses et enchevêtrées, revêtues de deux ou plusieurs assises de cellules irrégulières, allongées ou globuleuses. En certains points, les cellules néoplasiques sont disposées en franges et quelques-unes détachées, tombées dans les espaces vides interpapillaires y forment des amas globuleux tout à fait caractéristiques.

La malade est revenue ces derniers temps à la consultation de l'Hôpital André-Boursier dans un bon état de santé.

Nous avons là un succès, exemple de l'efficacité du traitement chirurgical, pour enrayer l'évolution d'une tumeur envahissante. L'état général n'a jamais été touché, mais l'examen des pièces et les adhérences opératoires auraient pu nous donner des craintes.

OBSERVATION V.

(Service de clinique gynécologique de M. le professeur Guyot.)

L... (B.), 57 ans, entrée le 24 juillet 1925.

A l'âge de 55 ans, après la ménopause, a remarqué quelques pertes rosées peu abondantes, irrégulières, plus abondantes le matin, diminuant dans la journée, sans odeur. Ces pertes ont duré jusqu'à l'heure actuelle, où elles ont toujours le même caractère.

Pas d'autres troubles à signaler. Constipation. Pas de troubles mictionnels. Appétit conservé. Bon état général; pas d'amaigrissement; pas de douleurs

Examen. — Au palper abdominal, on trouve une tumeur de forme allongée siégeant dans la région du bas-ventre et la fosse iliaque gauche, plongeant dans le petit bassin, non douloureuse, bosselée.

Toucher vaginal: col légèrement antéfléchi, de consistance dure; petites nodosités. Orifice normal.

Corps augmenté de volume en totalité; par le toucher combiné, la masse abdominale suit les mouvements imprimés au col, et inversement la mobilisation se fait surtout dans le sens transversal, peu dans le sens vertical.

Culs-de-sac : Rien à gauche; à droite, par le palper combiné au toucher, on sent une masse arrondie dure, très probablement fibromateuse. En avant, on sent la masse fibromateuse; en arrière, rien.

Examen au spéculum : Col un peu congestionné.

Hystérométrie. — L'hystérométrie pénètre de 5 centimètres dans la cavité cervicale.

Rien à signaler dans les autres appareils. 0 gr. 40 d'albumine.

Antécédents. — Réglée à 15 ans; règles régulières durant huit jours; ménopause à 55 ans. Deux grossesses normales. Pas de maladies à signaler.

Opération (le 25 juillet 1925). — Cysto-épithéliome de l'ovaire. Hystérectomie palliative. Dès l'ouverture du ventre, on attire des masses greffées sur le péritoine et recouvrant le cul-de-sac vésico-utérin en entier; on peut avoir accès sur les ligaments, qui sont sectionnés entre deux pinces. Section du col au bistouri. Ligature des utérines. On termine par un Mickulicz en laissant au niveau du cul-de-sac vésico-utérin des masses adhérentes à la vessie.

Durée de l'opération quarante minutes.

Examen des pièces (M. le professeur Sabrazès). — Il s'agit bien d'un cysto-épithéliome végétant en évolution maligne. Phénomènes de régression par places. Les cellules se présentent sous forme d'amas pluristratifiés assez compacts. Il y a des ébauches de cavité où s'accumule le résidu de la tumeur. Les cellules sont cylindriques, polymorphisme très net, mitoses nombreuses. Beaucoup de tubes pleins, masses néoplasiques très envahissantes.

Suites. — La malade est sortie un mois après son opération, cliniquement guérie. Nous n'avons pas pu avoir de ses nouvelles depuis.

Il aurait été intéressant de savoir comment se sont comportées ces masses néoplasiques très envahissantes, qui ont rendu l'opération difficile et qui ont obligé de laisser celles qui étaient trop adhérentes à la vessie.

OBSERVATION VI.

(Service de clinique gynécologique de M. le professeur GUYOT.)

M... (O.), 37 ans, entrée à l'hôpital le 27 juin 1927, parce que depuis deux ou trois mois elle voit son ventre augmenter de volume, sans douleurs, ce qui lui fait penser qu'elle est enceinte, quoique ses règles soient normales.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, règles abondantes, mais non douloureuses pendant trois ou quatre jours.

Cinq grossesses; pas de fausses couches.

Etat actuel. — Bon appétit, amaigrissement, inquiétudes morales.

Rien à signaler du côté du cœur et des poumons.

Envies fréquentes d'uriner. Urines claires.

Examen. — Ventre gros, pointant en avant, contraste avec l'amaigrissement; pas de vergetures. L'abdomen est rempli par une masse de consistance irrégulière, dure dans la partie gauche sus-pubienne, mal limitée: A la percussion, matité à convexité supérieure. Présence d'ascite.

Cystocèle et léger rectocèle.

Toucher vaginal. — Col très abaissé en avant, entr'ouvert, souple, de consistance normale.

Utérus en avant, gros et dur, un peu dévié à droite. Cul-de-sac postérieur et latéral droit; grosse masse fluctuante. A gauche existe aussi une masse plus dure, plus diffuse; elle se prolonge dans la fosse iliaque gauche.

On pose le diagnostic de cysto-épithéliome.

Réaction B.-W : négative. Urée sanguine : 0 gr. 41.

Opération (le 9 juillet 1927). — Il s'agit d'un kyste végétant de l'ovaire; du côté droit, gros kyste; à gauche, végétations ayant débordé la paroi kystique. Après avoir essayé de le dégager du côté droit, on ponctionne le kyste et on le dégage. L'uretère droit est adhérent à la paroi et forme coude prononcé avec dilatation en dessus; on décide la section première du col. L'uretère gauche, non volumineux, est aussi accolé à la masse kystique gauche; on l'isole de la poche, et l'ensemble peut être enlevé en bloc. Ligature des

pédicules. Mise en place d'un Mickulicz à 3 mèches avec un drain non perforé. Opération très grave, difficile. Cas limite au point de vue opérabilité.

Examen des pièces. — Kyste végétant de l'ovaire, végétations. Le fragment intitulé *paroi du kyste* est formé de tissus conjonctivo-vasculaire, caractéristique du bulbe ovarien étalé en paroi et revêtu par place de l'épithélium simple que l'on retrouve sur les végétations cysto-kystiques.

Suites. — La malade est morte le 11 juillet 1927.

Nous trouvons là des signes cliniques qui faisaient présumer de la gravité de l'état : amaigrissement, augmentation de volume rapide de la tumeur. A l'intervention, des végétations qui ont dépassé la paroi du kyste se sont greffées sur les uretères et ont rendu l'opération difficile. Ces végétations n'avaient pourtant aucun caractère particulièrement malin, mais, cas limite au point de vue opérabilité. La malade meurt deux jours après.

OBSERVATION VII.

(Service de clinique gynécologique de M. le professeur GUYOT.)

M... (L.), 69 ans, entrée dans le service le 27 avril 1928.

A eu, au mois de janvier 1928, une grippe légère à la suite de laquelle elle a été très fatiguée. C'est au cours de cette période d'asthénie que la malade commence à souffrir du ventre et à s'apercevoir que celui-ci augmente de volume. Les douleurs siègent à la partie moyenne de l'abdomen, sans irradiations, irrégulières dans leur apparition et dans leur durée. L'appétit est conservé au début.

En trois mois, le volume du ventre a notablement augmenté; la malade accuse une sensation de pesanteur, état de fatigue croissante et perte progressive de l'appétit.

Le 13 avril, au matin, en se levant, la malade ressent une violente douleur à la racine du membre inférieur gauche, puis dans tout le membre. Le membre inférieur est oedématié : phlébite.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Règles régulières, ne s'accompagnant pas de fatigue. Ménopausée à 48 ans sans aucun trouble. Une fausse couche; une grossesse normale.

Examen. — On se trouve en présence d'une malade très affaiblie, répondant péniblement à l'interrogatoire. Muqueuses décolorées.

L'examen de l'abdomen montre un ventre de la dimension d'une grossesse à terme. Circulation veineuse collatérale extrêmement développée. Le ventre est irrégulièrement développé; il l'est surtout dans la région du flanc droit.

A la palpation, on sent du côté droit une tumeur volumineuse dont le bord inférieur ne peut se délimiter, tumeur de consistance très inégale, donnant par endroit l'impression de mastic, par ailleurs une sensation de fluctuation; mais nulle part une sensation de véritable dureté.

Ascite libre.

En résumé : Existence d'une grosse tumeur abdominale dont le pédicule paraît inférieur.

Toucher vaginal : Utérus petit, avec col scléreux; les culs-de-sac, peu profonds, sont déprimés par une masse abdominale considérable, dont la mobilisation paraît entraîner le col utérin, sinon par continuité, du moins par contiguïté.

Membre inférieur gauche : Phlébite.

A l'auscultation du cœur : Bruit de galop.

Tension artérielle au Pachon : Mx, 22; Mn, 11,5; Io, 4.

Urée sanguine : 0 gr. 90.

On diagnostique cysto-épithéliome de l'ovaire, mais étant donné le mauvais état général de la malade, on décide un traitement médical. Morte le 15 mai 1928.

Il est des cas où toute intervention chirurgicale présente des contre-indications absolues.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement du cysto-épithéliome de l'ovaire doit être le plus rapidement possible chirurgical.

II. — Seule la laparotomie exploratrice permet de dire si la tumeur est encore opérable : telle tumeur, jugée inopérable, a pu être enlevée avec guérison prolongée (Obs. III), suivie d'une survie appréciable (plus de 2 ans).

III. — Le pronostic dépend de l'état général, des difficultés opératoires et de l'extension locale ou générale (métastases) des lésions.

IV. — On a tout bénéfice à retirer de l'intervention chirurgicale (même avec résection incomplète ou incision simplement exploratrice dans les cas notoirement inopérables). Seule la métastase à distance contre-indique formellement toute tentative chirurgicale.

a) Les kystes de l'ovaire qui ne sont pas dégénérés au moment de l'opération présentent les plus grandes chances de guérison définitive.

b) Dans le cas contraire, le pronostic doit être toujours réservé; mais nous ne devons pas désespérer, même de leurs formes les moins rassurantes, où le traitement chirurgical a pu donner des survies inespérées.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 juillet 1928

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE-et BENDER. — Société anat., 1905.
- ADAM. — *Bull. Soc. de pathol. exot.*, XVII, 1924, p. 330.
- AMREICH. — *Arch. f. Klin. Chirurg.*, CXL, 1926, p. 638.
- ARNOULD. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1921, X, p. 459.
- AUBRY. — *Ann. de gyn.*, 1880, t. II, p. 161.
- AKIMOTO. — *Frankf. Zeit. f. Pathol.*, XXII, 1925, p. 114.
- BÉGOUIN-MASSÉ. — *Bull. Soc. d'obst. et gynéc.*, Paris, CV, 1926, p. 495.
- BELOT. — *Bull. et mém. Soc. de radiol. méd. de France*, Paris, 1923, XI, 81-85.
- BENDER. — Voir ABADIE.
- BERMUDEZ. — *Repert. de med. y cirurgia*, XIV, 1922-1923, p. 457.
- BEUTNER. — *Gynécologie*, Paris, 1925, 120 p. in-8°.
- BEYECE. — *Amer. J. obst.*, XLI, 1900, p. 2212.
- BISHOP. — *Amer. J. obst.*, VII, p. 576, 1924.
- BOUCHUT-MORENAS. — *Lyon méd.*, CXXXII, 1923, p. 936.
- BOURSIER et MONOD. — *Rev. mens. de gyn., obst. et péd.*, Bordeaux, 1899, t. I, p. 446.
- BULL. — *British med. J.*, 1925, I, p. 212.
- CASHMAN. — *Atlantic med. J.*, XXVIII, 1924-1925, p. 457.
- CATHELIN. — *Bull. et mém. Soc. anat.*, Paris, 1900, 6^e s., t. II, p. 720.
- CAZENAVE (W.). — Paris, 1895.
- CESTAN-PETTIT. — *Semaine gynéc.*, III, 1898, p. 107.
- CERNÉ. — Rapport au Congrès d'obst. et de gyn. de Rouen, 1904.
Rev. de gyn. et chir. abd., 1904.
— *Gaz. de gyn.*, XIX, 1904, p. 151, 168, 186.

- CHASTENET DE GERCY. — *Gaz. méd.*, Nantes, 2^e s., XXIV, 1906, p. 436.
- CHAVANNAZ. — Congrès français de chir., 1912.
- DEBRAY. — Thèse de Paris, 1900, in-8°.
- DELANNOY-BRETON. — *Bull. Soc. obst. gyn.*, Paris, XV, 1926, p. 239.
- DEMBO. — Thèse de Berne, 1892, in-8°.
- DOLÉRIS, SCHWARTZ, ROUTIER. — *Ann. de gyn.*, Paris, 1907.
- DONGAL. — *J. obst. gynec.*, British Empire, n. s., XXXI, 1924, p. 387.
- DOSTERT. — Thèse de Munich, 1902, in-8°.
- ESTOR. — *Gaz. des hôp.*, LXXIX, p. 483, 1906.
- FALCONE. — *Ann. ital di chir.*, III, 1924, p. 139.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gyn. médico-chirurg.
— *Paris méd.*, 1925, LV, 531.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gyn., in Traité Le Dentu et Delbet.
- GROVE. — *J. Kansas Soc.*, XXVI, 1926, 71.
- HANKS. — *Amer. J. obst.*, XXIV, 1894, p. 941.
- HARNIK. — *Monat. f. Gebu. et Gynak.*, LXVI, 1924, p. 345.
- HARRIS. — *Surg. gyn. et obst.*, XLI, 1925, p. 191.
- HENROTHNI-HERZOY. — *Chicago med. Recorder.*, XVII, 1899, p. 84.
- HERELLY. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1922, XI, 499-501.
- HICKHOM. — *Boston med. et surg. J.*, CXC, 1924, p. 660.
- KELLER. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, XV, 1926, p. 141.
- KELLY. — *Glasgow med. J.*, LIII, 1900, p. 355; *Transact. Glasgow obst. gyn. Soc.*, 1905, p. 79.
- KLEBS (E.). — *Virchow's Arch.*, 1667, t. XII, p. 4; *Handbuch der path. An.*, Berlin, 1873, p. 789.
- KOERVER (W.). — *Inaug. Diss.*, Bonn, 1902.
- KOSTELEZKY. — *Arb. a. d. geb. d. path. Anat.*, Tubingen, 1902-1903, t. IV, p. 137.
- KREBSER. — Thèse d'Erlanger, 1904, in-8°.
- LABADIE-LAGRAVE, LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LANCIAL. — *J. de sc. méd. de Lille*, t. I, 1890, 274.
- LELIÈVRE-PORTES. — *Ann. d'anat. path. méd.-chir.*, t. I, 1924, p. 623.
- LERCH. — Thèse de Berne, 1888, in-8°.
- LEVEUF-HÉRAUX. — *Ann. d'anat. path. méd.-chir.*, t. III, 1926, p. 639.

- MADON-GUIBAL. — *Rev. fr. de gyn. et obst.*, XIX, 1924, p. 405.
- MALASSEZ. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 358 et suiv.
- MARTEL (DE) et SOURDEL. — *Bull. et mémoire Soc. de radiol. méd. de France*, Paris, 1923, XI.
- MENETRIER-PEYRON. — *Bull. Assoc. fr. pour l'étude du Cancer*, XII, 1923, p. 542.
- MEYER. — Thèse de Strasbourg, 1900, in-8°.
- MOHR. — Thèse de Wurzburg, 1887, in-8°.
- MOLLOF. — *Schweiz. med. Woch.*, LIV, 1924, p. 1019.
- MORGUE, MOLINER, GUIBAL. — *Gynécol.*, Paris, 1924, t. XXIII, 153-182.
- NEUMANN. — *Arch. f. Gynak.*, CXXII, 1924, p. 739.
- *Virchow's Arch.*, CCLVIII, 1925, p. 284.
- *Arch. f. Gynak.*, CXXI, 1923, p. 69.
- PAPIN. — *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, XV, 1926, p. 437.
- PELISSIER (G.). — *Bull. et mém. Soc. anat.*, Paris, 1920, XC, 178-181.
- PFANNENSTIEL. — *Ueber die Erkrankungen des Eierstocks in Veits Handbuch der Gynækologie*.
- PFANNENSTIEL et HOFMEYER. — Rapport du XI^e Congrès de la Soc. allem. de gynéc., Kiel, 1905, in *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1905.
- POLANO. — *Zeitschr. für Geb. u. Gynec.*, 1905, Bd LVI, p. 416.
- POPELIN. — *Bull. Soc. belg. de gyn. et obst.*, VIII, 1896, p. 130.
- POUPINEL. — Thèse de Paris, 1886.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- PRIBRAM. — *Zeit. f. Geburtsch Gynak.*, LXXXVIII, 1924, p. 134; *Arch. f. Gynæk.*, Berlin, 1922, XVI, 343-359.
- PRICE. — *Proced. Philadelphia. lo. med. Soc.*, XXIV, 1903, p. 179.
- QUÉNU. — Thèse Paris, 1884.
- RANSON (Gust.). — Thèse Paris, 1901.
- REYNES. — *Marseille médical*, 1924, XI, 1390-1392.
- RÖDISCH. — Thèse de Greifswald, 1894, in-8°.
- ROUVILLE (DE) et COLL DE CARRERA. — *Bull. Soc. d. sc. méd. et biol.*, Montpellier, 1923-1924, V, 393-397.
- SAMPSON. — *Arch. of surgery*, X, 1925, p. 1.
- SANTY et DUNET. — *Lyon méd.*, 1922, CXXXI, 813-815.
- SCHICKELÉ. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1922, XI, 328-336.

- SCHICKELÉ. — *Gyn. et obst.*, Paris, 1922, V, 446-47.
- SCHMITZ. — *Amer. J. obst. et gyn.*, IV, 1925, p. 247.
- SCHNEIDER. — Thèse de Marburg, 1891, in-8°.
- SHOEMAKER. — *Amer. J. obst.*, XLIX, 1904, p. 238.
- SIMPSON. — *Edinburg hosp. rep.*, II, 1894, p. 641.
- SPENCER WELLS. — Trad. franç. de Rodet, 1883.
- STEINIER. — *Arch. f. Gynæk.*, CXXVII, 1925, 226.
- TERRILLON. — *Ann. de gynéc.*, 1890, t. II, p. 8.
- THIBAudeau. — *Arch. clin. canc. research.*, II, 1926, p. 47.
- TIDEMAN. — *Inaug. Diss.*, Leipzig, 1901.
- ULESKO-STROGANOWA. — *Arch. f. Gynæk.*, CXXI, 1923-1924, p. 340.
- VANVERTS. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1923, XII, 245.
- VELITS (VON). — *Zeitschr. f. Geburtsh u. Gyn.*, Bd XX, 1890, p. 384;
Arch. f. Gyn., Bd LXXIX, 1905, p. 524.
- VOGT. — *Zeit. f. Geburt. u. Gyn.*, LXXXVI, 1923, p. 513.
- VINBERG. — *New-York J. Gynak. Obst.*, IV, 1894, p. 699.
- WALDEYER. — *Arch. f. Gyn.*, 1872, t. I, p. 252.
- WAGENAMU. — Thèse de Göttingen, 1894, in-8°.
- WOOD. — *Proced. New-York path. Soc.*, n. s., I, 1901-1902, p. 141.

